

会 員 各位

(社) 新潟県臨床検査技師会
会 長 松田 和博
(公印省略)

POCT コーディネータ申請単位認定について (お知らせ)

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記について、日本臨床検査自動化学会 POC 推進委員会より POCT コーディネータ申請に必要な 1 単位[総論 1 単位]が認定されました。

つきましては、POC 推進委員会から厳格な受講者把握を要望されており、単位取得を希望される皆様は、下記のとおり申し込み、受講をお願い申し上げます。

記

1. 申込方法 8 月 24 日 (金) までに原則メールにてお願いします。下記の事務担当までお願いします。申込用紙は、新潟県臨床検査技師会ホームページよりダウンロードして下さい。メール等使用できない場合は申込用紙をコピーし、必要事項ご記入後事前申し込み (FAX) をお願いします。
当日の単位認定申し込みは、受け付けられませんのでご了承ください。
2. 受講当日 1) 受講開始後 15 分までに受付を終了してください。
2) 受付にて参加証引換券をお渡しいたします。
3) 14 時 15 分以降は引換券をお渡し出来ません。
4) 17 時 40 分受講終了後に受付にて参加証を受領してください。
5) 原則として参加証の再発行は出来ません。
3. 申請方法 POCT コーディネータ申請の詳細については、自動化学会ホームページをご参照ください。 <http://www.jscla.com/>

なお、その他ご不明な点がございましたら担当者までお問い合わせください。

事務担当: 石田 真一 (立川メディカルセンター 立川総合病院)
TEL.0258-33-3111 内線 1208
FAX.0258-33-3125

E-mail: micro_biology_tachi@hotmail.com

(アンダーバーが入ります)

第47回POCセミナー申し込み用紙

テーマ POCT（臨床現場即時検査）について

平成24年9月1日（土）開催の標記セミナーについて、下記の番号のいずれかに○をつけてください。また、必要事項をご記入ください。

会員の有無（申し込み期日現在）

1. 日本臨床検査自動化学会の会員（会員番号： _____）
2. 日本臨床衛生検査技師会の会員（会員番号： _____）
3. いずれの会員でもない。

参加証：終了時に参加者へ配布します。（参加証はPOCTコーディネータ研修終了証申請時に必要になりますので大切に保管しておいてください）

個人識別情報

*POCセミナーの受講は初めてですか

（どちらかに○を、付けて下さい。） はい いいえ

- (1) 氏名 : _____
- (2) ふりがな : _____
- (3) 生年月日* : _____
- (4) 所属施設名 : _____
- (5) 所属施設郵便番号 : _____
- (6) 所属施設住所 : _____
- (7) 所属施設電話番号 : _____
- (8) 所属施設 FAX 番号 : _____
- (9) E-mail : _____

*生年月日は番号のない方の同姓同名者の判別に使います。
上記の情報はPOCTコーディネータ認定制度の目的以外に使用することはありません。